FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU

# PSEUDO-LIPOME

## THESE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

Présentée et soutenue

PAR

**Jules DIEU**

Docteur en médecine de la Faculté de Paris,

Ancien externe des hôpitaux de Paris.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur

52, RUE MADAME ET RUE CORNEILLE, 3

1886

en témoignage de vive gratitude pour les soins qu'il m'a prodigués.

J. Dieu

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

# DU PSEUDO-LIPOME

## THESE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue

PAR

**Jules DIEU**
Docteur en médecine de la Faculté de Paris,
Ancien externe des hôpitaux de Paris.

PARIS
A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
A. DAVY, Successeur
52, RUE MADAME ET RUE CORNEILLE, 3
1886

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE LE DOCTEUR S. DIEU
Officier de la Légion d'honneur.

A MON FRÈRE (AÎNÉ) LE DOCTEUR A. DIEU
Médecin principal de l'armée,
Chevalier de la Légion d'honneur.

A MES FRÈRES

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR GRANCHER

Professeur de clinique des maladies des enfants.

A MES MAITRES DANS LES HÔPITAUX

M. LE DOCTEUR MILLARD

Médecin de l'hôpital Beaujon,
Chevalier de la Légion d'honneur.

M. LE DOCTEUR TILLAUX

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu,
Membre de l'Académie de médecine,
Chevalier de la Légion d'honneur.

M. LE DOCTEUR FÉRÉOL

Médecin de la Charité,
Membre de l'Académie de médecine,
Chevalier de la Légion d'honneur.

DU

# PSEUDO-LIPOME



## INTRODUCTION

La connaissance de l'œdème rhumatismal essentiel, ne dépendant d'aucune altération du système circulatoire, d'aucun trouble fonctionnel du rein, ne relevant d'aucun état cachectique, est de date relativement récente. Si l'on parle déjà d'œdème essentiel, à frigore, au temps de Chomel, c'est pour le proscrire de la pathologie et en nier l'existence.

Monneret semble être le premier qui admette un œdème rhumatismal indépendant des causes qui le déterminent d'habitude, un œdème diathésique qu'il étudie sous le nom de rhumatisme du tissu cellulaire général (Traité de Path. int. T. II, p. 440).

Fernet consacre un paragraphe de sa thèse inaugurale à l'étude de cet œdème et rapporte deux observations personnelles (Du Rhum. aigu. Th. de Paris, 1865).

Ferrand (Des exanthèmes du rhum. Th. de Paris,

1862) note avec soin l'œdème aigu chaque fois qu'il le rencontre.

Lelong (Th. de Paris, 1879) établit le diagnostic différentiel d'un œdème dû à la phlébite rhumatismale et « d'un œdème essentiel qui survient parfois dans le cours ou à la fin d'une attaque de rhumatisme ».

En 1879 paraît la thèse classique de Davaine, qui établit trois variétés d'œdème rhumatismal : œdème aigu non douloureux; œdème dur, douloureux, sans colorations des téguments; œdème dur, douloureux, avec coloration de la peau (pseudo-phlegmon).

De son côté, M. le professeur Potain insiste dans ses leçons sur cet œdème particulier, et l'autorité de son enseignement assure définitvement droit de cité dans la clinique à cette nouvelle manifestation de l'arthritisme : « La manifestation rhumatismale peut se localiser aussi « dans le tissu cellulaire, donnant lieu alors à des « fluxions, à de l'œdème, à de l'érythème noueux... Chez « certaines femmes même cette fluxion se produit au « niveau des creux sus-claviculaires qui se boursouflent, « se gonflent, sans qu'il s'agisse là d'un véritable œdè- « me. Cet état survient surtout chez les femmes atteintes « de rhumatisme chronique ou héréditaire. » (*Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 6 octobre 1879, p. 446). C'est la première mention qui soit faite du pseudo-lipome.

En même temps, M. le professeur Verneuil fait paraître dans la *Gazette hebdomadaire* un mémoire où il décrit, chez les personnes entachées d'arthritisme, une affection non encore signalée, consistant en une tumé-

faction des creux sus-claviculaires, vraisemblablement produite par une accumulation circonscrite de graisse, à laquelle il donne le nom de *peloton adipeux ou pseudo-lipome sus-claviculaire.* (*Gazette hebdomadaire*, 21 novembre 1879.)

M. le professeur Potain reprend la question en 1882, et dans un mémoire lu devant l'Académie de Médecine il admet explicitement la nature œdémateuse du pseudo-lipome. (*Bulletin de l'Académie de Médecine.* Séance du 17 octobre 1885.)

En 1883, M. L. H. Petit consigne dans une série d'articles le résultat des recherches bibliographiques qu'il a entreprises dans la littérature médicale étrangère à l'instigation du professeur Verneuil. (*Gazette hebdomadaire*, 1883.) En voici le résumé succinct :

Les médecins anglais ont constaté depuis longtemps la présence de tumeurs sus-claviculaires analogues au pseudo-lipome décrit par M. Verneuil, mais sans en faire une étude spéciale, et sans en rattacher toujours l'étiologie à un état pathologique bien défini.

Curling, le premier en 1850 décrit chez les enfants atteints de crétinisme sporadique des tumeurs sus-claviculaires, symétriques, composées, comme le démontre l'autopsie, d'amas diffus de graisse dépourvus de capsule d'enveloppe (*Med. Chir. träns.*, 1850, p. 303). Il donne deux observations.

Hilton Fagge (*Idem*, 1871, p. 157) en donne quatre observations. Il ajoute (p. 167) : « J'ai entendu dire que « les tumeurs graisseuses symétriques ne sont pas « rares chez des adultes dans les régions sus-clavicu-

« laires; mais je ne sache pas que leur présence ait été « observée comme associée à une altération de la santé « générale. »

William Gull dit que les masses de graisse sus-claviculaires sont fréquentes chez l'adulte, sans l'association d'aucun état morbide (*Trans. of clin. Soc.*, 1874, p. 185.)

Ord signale en 1878 la présence de tumeurs molles sus-claviculaires dans le myxœdème. Il n'y consacre que quelques mots. On retrouve des constatations semblables dans les faits de Dyce Duckworth, Goodhart, Hadden en Angleterre, dans ceux de Bourneville et d'Olier en France, de Ridel-Saillart, etc.

En conséquence, M. L. H. Petit admet trois variétés de pseudo-lipomes : pseudo-lipome dans le crétinisme, pseudo-lipome dans le myxœdème, pseudo-lipome rhumatismal. Il propose d'englober le tout sous le terme générique de pseudo-lipome arthritique, mais en faisant les réserves les plus expresses sur cet essai de généralisation un peu prématuré. Ces réserves nous paraissent nécessaires.

Depuis cette époque le pseudo-lipome n'a fait l'objet d'aucun travail spécial. On le trouve simplement mentionné au cours du récit dans quelques ouvrages, tels que la thèse de Testelin (Thèse de Paris, juin 1884), dans l'étude de M. le docteur Mathieu sur les œdèmes névropathiques. (*Archives générales de médecine*, juin 1885), etc.

Nous arrêtons ici cet aperçu bibliographique, rapide et incomplet sans doute Aussi bien, toutes les fois que dans le cours de notre thèse inaugurale nous mettrons

à contribution des travaux précédents, nous aurons soin d'en donner au fur et à mesure l'indication bibliographique exacte.

L'étude du pseudo-lipome ne laisse pas de soulever quelques questions embarrassantes.

Une première difficulté consiste dans la question de savoir quelle extension nosographique il faut donner au terme de pseudo-lipome. Faut-il accepter la classification de M. Petit et considérer les trois variétés qu'il établit, comme constituant une seule et même affection pathologique justiciable d'une seule et même description? Le pseudo-lipome des crétins est-il identique à celui des rhumatisants? Telle n'est pas notre opinion, opinion erronée peut-être; mais nous avouons ne saisir, en dehors du siège, que de faibles rapports entre les tumeurs fixes, indélébiles, certainement graisseuses d'enfants de dix ans ou de dix mois, entachés de crétinisme sporadique, et ces tumeurs essentiellement mobiles, variables, à évolution souvent rapide de femmes rhumatisantes ou goutteuses, arrivées à l'âge de la ménopause. Les affinités morbides du pseudo-lipome myxœdémateux avec celui des arthritiques nous paraissent au contraire beaucoup plus étroites, tant au point de vue de la composition anatomique qu'à celui de la pathogénie. Aussi lui consacrerons-nous un court chapitre avec quelques observations à l'appui.

Nous rencontrerons, chemin faisant, un autre point litigieux fort embarrassant, lorsque nous aurons à étudier la nature du pseudo-lipome, sa structure intime, et à déterminer la place précise qu'il doit occuper dans le

cadre nosologique. Ici l'anatomie pathologique est muette. La parole est aux théories, non aux faits; aussi les avis diffèrent. Nous nous trouverons en présence de deux opinions contraires, également recommandables d'abord par le nom et l'autorité considérable des professeurs éminents qui les préconisent. Le pseudo-lipome est-il formé de tissu adipeux? est-ce un simple œdème? Nous n'émettons pas la prétention hardie de trancher la question, et de donner une solution définitive sur des points où des maîtres comme M. Verneuil ou M. Potain professent des doctrines contraires. Aussi ne s'étonnera-t-on point que nos conclusions ne soient pas bien arrêtées, nettes, franches, sans restriction aucune.

Nous adopterons pour notre travail la division classique, passant successivement en revue l'étiologie, la symptomatologie, la pathogénie, etc. de l'affection qui fait l'objet de notre étude.

Avant d'aborder notre sujet, nous prions M. le professeur Grancher d'agréer l'expression de notre vive gratitude pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

M. le docteur Hanot nous a inspiré l'idée de ce travail. M. le professeur Potain a mis avec une grande bienveillance à notre disposition des documents précieux. Qu'ils soient assurés d'une profonde reconnaissance de notre part.

Nous tenons aussi à remercier tout particulièrement M. le docteur Mathieu pour ses excellents conseils. En

nous communiquant la belle observation qui a été le point de départ de notre thèse, et en nous exposant ses idées originales sur les œdèmes arthritiques, il nous a permis d'aborder un point difficile, la pathogénie.

---

## PSEUDO-LIPOME DANS LE MYXŒDÈME

Des tuméfactions sus-claviculaires ont été signalées dans le myxœdème par les médecins anglais, qui ont été les premiers à décrire cette curieuse affection connue en France sous le nom de cachexie pachydermique. On sait que cette maladie est caractérisée par des troubles cérébraux divers, une torpeur intellectuelle et physique, et par un œdème dur, muqueux, diffus, effaçant les traits du visage, convertissant les membres en masses informes, cylindriques, et donnant aux malades un aspect aussi caractéristique que hideux.

Le pseudo-lipome myxœdémateux ne mérite pas une longue description. En effet, ce n'est pas là une affection qui ait une individualité propre, mais bien un épiphénomène sans importance, une simple localisation, de forme spéciale, de cet œdème particulier qui infiltre tout le tissu cellulaire de l'économie. L'évolution de ce pseudo-lipome est intimement liée à celle de la maladie générale, et son histoire ne peut en être séparée. Or l'étude de la cachexie pachydermique ne rentre pas dans notre cadre, nous renvoyons aux ouvrages spéciaux (1). Disons seulement qu'au-dessus des clavicules, quelquefois dans les aisselles, on trouve des saillies placées symétriquement, sail-

(1) Ridel-Saillart. Th. de Paris, 1881.
Blaise. Arch. de neurologie, 1882.
Gimié. Th. de Montpellier, 1883.

lies molles, élastiques, tremblotantes, gélatineuses, indolores, ne conservant pas l'impression du doigt. Ord et Dyce Duckworth en faisaient des tumeurs graisseuses. On ignorait alors l'anatomie pathologique du myxœdème. Ajoutons que Morvan (1) a vu l'œdème augmenter sous l'influence du froid, et que chez une des malades de M. Hartmann, les tumeurs étaient plus volumineuses le matin au réveil. Nous retrouverons ces caractères bien plus tranchés dans le pseudo-lipome arthritique.

*Obs. I.* — Cas de myxœdème chez une femme. Il y a une grande quantité de graisse sous-cutanée dans toutes les parties du corps, surtout au cou, au-dessus des clavicules (Ord. Med. chir. Trans., 1878, vol. LXI, p. 60).

*Obs. II.* — Myxœdème. Ord note une saillie élastique au-dessus des clavicules (Trans. clin. soc. vol. XIII, p. 16).

*Obs. III.* — 1er cas. Dyce Duckworth note qu'il paraît y avoir des tumeurs graisseuses dans les fosses sus-claviculaires, plus volumineuses à gauche qu'à droite. Au bout de six mois la malade éprouve quelques douleurs dans une de ses tumeurs (Dyce Duckworth. Trans. clin. Soc. 1880, p. 12).

2e cas. Il semble qu'il y a un peu plus de graisse que d'habitude dans les fosses sus-claviculaires, surtout à droite (D. Duckworth, Trans. clin. Soc. 1881, p. 54).

3e cas. Il paraît y avoir un peu plus de graisse que d'habitude dans les fosses sus-claviculaires (id., p. 57).

(1) Morvan. Du myxœdème. Gaz. hebd., 1881.

*Obs. IV.* — Femme âgée. Myxœdème datant de neuf mois. De temps en temps, engorgements ganglionnaires dans le cou, au-dessous du menton et au-dessus de la clavicule (H. Lédiard, Th. Lancet, 1881).

*Obs. V.* — Hadden dit que chez sa malade il y avait une grande tuméfaction au-dessus des clavicules (Trans. clin. Soc. vol. XIV, p. 59).

*Obs. VI.* — Au niveau des régions sus-claviculaires, au-dessous des aisselles et en divers points du thorax, on trouve sous la peau des tumeurs molles, tremblotantes, d'apparence myxomateuse (obs. de Bourneville et d'Olier, citée par Ridel-Saillart, Th. Paris, 1881, p. 50).

*Obs. VII.* — Cas de myxœdème. Les dépressions sus et sous-claviculaires sont effacées. Au-dessus des clavicules on détermine même par une percussion légère un tremblotement analogue à celui que donne le pseudo-lipome (Hartmann France, méd. 19 juin 1884).

*Obs. VIII.* — (Extrait d'une observation inédite, communiquée par M. Hartmann, interne de M. le professeur Guyon).

Femme de 46 ans, en observation depuis un an et demi. Aurait eu, à 21 ans, une pleurésie gauche. Quelques symptômes hystériformes vers 30 ans. En décembre 1881, à la suite d'une émotion assez vive, le caractère change, les règles deviennent irrégulières, et un an plus tard, le 2 novembre 1882, à la suite d'un refroidissement, elle eut une légère courbature, et les jours suivants, s'aperçut qu'elle prenait un embonpoint considérable.

Depuis avril 1884 jusqu'en juillet 1885, l'état n'a pas changé. Troubles nerveux variés avec état myxœdémateux du tégument plus marqué du côté droit que du côté gauche. Pas d'albuminurie.

Les triangles sus-claviculaires sont effacés et on trouve, surtout marquée à droite, une masse molle, tremblotante, étalée, véritable pseudo-lipome sus-claviculaire, qui présente cette particularité, qu'au réveil il est plus volumineux que pendant le reste de la journée.

---

# PSEUDO-LIPOME ARTHRITIQUE.

## DÉFINITION. — SIÈGE.

Cette affection est caractérisée par une saillie, qui transforme la dépression habituelle des creux sus-claviculaires en une convexité dont le relief peut s'élever de deux à trois centimètres au-dessus du plan des parties voisines. Cette saillie est comprise dans l'espace laissé libre entre la clavicule, le trapèze et le sterno-mastoïdien. La ligne qui descend des parties latérales du cou, au lieu d'être comme d'ordinaire régulièrement concave, présente vers son milieu une bosselure répondant à peu près à la partie moyenne de la clavicule, et qui simule tout à fait une tumeur (1).

Les fosses sus-claviculaires sont le lieu d'élection du pseudo-lipome. Celui-ci déborde parfois la région assignée, et envahit les parties voisines. D'autre part les mêmes productions peuvent se montrer sur les côtés du tendon rotulien, du tendon d'Achille, au voisinage des malléoles, ou plus exceptionnellement au-dessous des bosses occipitales, dans les régions temporales, parotidiennes, sous-maxillaires, deltoïdiennes, enfin dans la plupart des points où un tissu lâche et habituellement graisseux semble plus susceptible de surcharge de graisse et de sérosité (2).

(1) Verneuil. Gaz. hebdom., 21 nov. 1879.
(2) Potain. Mém. lu à l'Acad. de méd., 17 oct. 1882.

Chez la malade qui fait l'objet de l'observation du Dr Mathieu (obs. I), les masses pseudo-lipomateuses siégeaient à la partie interne des genoux, au niveau des régions trochantériennes et au creux épigastrique.

Nous nous souvenons d'avoir vu à la consultation de l'hôpital Saint-Louis une femme atteinte de psoriasis aux deux jambes, dont les creux poplités présentaient chacun une saillie, semblable à première vue à un lipome diffus. Il nous fut malheureusement impossible de prendre l'observation et même de nous livrer à un examen un peu complet. Cette femme, affligée d'une surdité notable, et d'une intelligence fort au-dessous de la moyenne, ne put nous donner aucun renseignement sur ces tumeurs, dont elle paraissait s'apercevoir pour la première fois. Cependant en présence des caractères objectifs des tumeurs, de leur symétrie, de l'état manifestement arthritique et nerveux de la femme, nous nous crûmes autorisé à porter le diagnostic de pseudo-lipomes du creux du jarret.

## ÉTIOLOGIE.

Chez presque tous les sujets porteurs de pseudo-lipomes on retrouve dans les antécédents l'arthritisme avec ses manifestations multiples. Ce fait, déjà entrevu par M. Verneuil, a été mis en lumière par M. Potain. Par arthritisme il faut entendre non seulement la diathèse rhumatismale, mais encore la goutte et le diabète.

Sur les vingt malades dont M. Potain a analysé les

observations dans son Mémoire, trois étaient diabétiques.

Le pseudo-lipome se rencontre également chez les goutteux. La malade de M. Rendu (obs. VIII) était goutteuse. M. le Dr Galliard nous a dit posséder dans sa clientèle un vieillard goutteux, dont les fosses sus-claviculaires sont tuméfiées. Il ne nous a pas été possible d'en recueillir d'autres observations ; mais si l'on considère que le pseudo-lipome est une affection en somme peu fréquente à l'hôpital, que la goutte y est exceptionnelle, pour ne pas dire inconnue, la rareté de leur coexistence n'a rien qui doive surprendre.

L'influence de la diathèse rhumatismale est prépondérante ; mais certaines formes de rhumatisme doivent être écartées. Le rhumatisme articulaire aigu généralisé, par exemple, ne semble avoir aucune action bien nette sur la genèse du pseudo-lipome. Ce fait s'explique tout naturellement, aujourd'hui que les pathologistes ont tendance à faire du rhumatisme articulaire aigu une maladie spéciale, une espèce nosologique distincte, n'ayant que des rapports lointains avec l'arthritisme, et à admettre entre la forme aiguë du rhumatisme et les variétés subaiguës ou chroniques, non pas une simple différence dans la rapidité de l'évolution ou dans l'intensité des phénomènes douloureux, mais bien une différence de nature.

M. Potain n'a pas rencontré chez ses malades le rhumatisme déformant ni les nodosités d'Heberden.

Ce sont les formes vagues et mobiles du rhumatisme

chronique qu'il faut incriminer au premier chef (1). Tantôt ce sont des douleurs erratiques, à retour fréquent, soit au niveau des jointures, soit dans les masses musculaires ou dans le trajet des nerfs, tantôt les douleurs sont fixées sur certaines jointures, celles de la main par exemple (obs. II et III), tantôt il existe des craquements sans douleur pendant les mouvements. Très souvent on constate une tuméfaction chronique d'une ou plusieurs articulations.

Parfois les déterminations articulaires font défaut et la diathèse ne se révèle que par des manifestations frustes : des névralgies protéiformes, des migraines, des troubles dans la menstruation, de l'asthme, des coryzas et des angines à répétition. Un des malades de M. Potain présentait seulement une affection athéromateuse de l'aorte, un autre un de ces prurits excessifs si fréquents chez les arthritiques.

Les urines sont communément chargées en matières organiques et en sels minéraux. Elles laissent au fond du vase un dépôt uratique abondant et peuvent même contenir de petits graviers. Nous avons déjà signalé la glycosurie.

Enfin M. Potain a constaté un état particulier des mains, caractérisé par un renflement des têtes phalangiennes, et une sorte de boursouflure de la face dorsale, prédominant singulièrement au niveau des espaces étroits qui séparent les articulations métacarpo-phalangiennes, et formant là de petites éminences entre lesquelles la

(1) Potain. Loc. cit.

peau déprimée constitue de petites fossettes. Cette main à fossettes appartient spécialement à l'arthritisme féminin (1).

Chez quelques sujets l'arthritisme est héréditaire, et cette hérédité se rencontre de préférence dans la ligne des ascendants maternels.

En dehors de cette cause diathésique, il existe un certain nombre de causes prochaines, dont la constance démontre l'importance étiologique. Au premier rang se placent le sexe et l'âge.

Le sexe féminin a une action prédisposante manifeste. M. Verneuil a rencontré le pseudo-lipome trois fois sur quatre chez des femmes; sur les vingt malades de M. Potain, quatre seulement étaient des hommes. En analysant nos neuf observations, nous en trouvons sept qui ont trait à des femmes. La proportion en faveur du sexe féminin peut donc être fixée à 80 pour 100. Cette proportion est considérable; le rôle étiologique du sexe en ressort clairement.

L'âge de presque tous les sujets, porteurs des tuméfactions sus-claviculaires, varie entre 40 et 50 ans. Remarquons la coïncidence de cet âge avec l'epoque moyenne de la ménopause chez les femmes. De fait, une de nos observations (obs. III) montre l'action évidente de la ménopause, sinon sur l'apparition même des pseudo-lipomes, du moins sur la détermination des manifestations rhumatoïdes, au cours desquelles le pseudo-lipome est survenu.

(1) Potain. Loc. cit.

La plupart des malades présentent une suractivité morbide du système cérébro-spinal. Ce sont des névropathes. Chez les uns, le caractère est irritable; la colère et les pleurs sont également faciles, à la moindre contrariété. D'autres sont hypochondriaques. Tantôt l'hypochondrie est primitive; tantôt elle reconnaît pour cause la présence des pseudo-tumeurs du cou. Les malades se croient atteints d'une affection grave, d'une tumeur maligne, d'un cancer! Cette idée les tourmente, et le médecin qu'ils consultent a grand'peine à les rassurer. Dans une dernière catégorie, on trouve des antécédents nettement hystériques. On sait que M. Verneuil et M. Huchard ont insisté sur les affinités morbides de l'hystérie et de l'arthritisme.

Dans trois de nos observations (obs. I, V, VII) le surmenage doit être invoqué. Nous reviendrons ultérieurement sur ce point. Un dernier fait digne de remarque, c'est que le pseudo-lipome ne se trouve guère que sur des sujets doués d'un certain embonpoint.

En résumé, les personnes atteintes de préférence sont des femmes sur le retour, polysarciques, rhumatisantes et nerveuses.

## DESCRIPTION. — SYMPTOMATOLOGIE.

Nous empruntons à M. le professeur Verneuil la description si précise qu'il a tracée du pseudo-lipome : « Le
« triangle sus-claviculaire, au lieu d'être concave ou
« plan, présente une convexité très marquée, faisant
« au-dessus des parties voisines une saillie qui peut al-

« ler jusqu'à 2 ou 3 centimètres. Il en résulte que la ligne
« qui descend des parties latérales du cou vers le moi-
« gnon de l'épaule, au lieu d'être, comme d'ordinaire,
« régulièrement concave, présente vers son milieu une
« bosselure répondant à peu près à la partie moyenne
« de la clavicule, et qui simule tout à fait une tumeur.
« Celle-ci, du reste, est ovoïde, à grand diamètre trans-
« versal ou triangulaire avec ses angles mousses, apla-
« tie de haut en bas, sans changement de couleur à la
« peau, à contours indécis à la vue et encore plus au
« toucher.

« En effet, à la palpation, on est surpris de ne rencon-
« trer aucune résistance au centre, aucune limitation à
« la circonférence, et de ne recueillir, en somme, d'au-
« tre sensation que celle que donne le toucher d'une ré-
« gion riche en tissu adipeux, comme la fesse ou la
« paroi abdominale d'une personne obèse et de graisse
« ferme. Cette palpation, d'ailleurs, n'est nullement
« douloureuse, sauf le cas où une violence directe, des
« examens répétés ou des applications irritantes ont
« suscité localement un léger travail subinflamma-
« toire (1). »

Ainsi donc saillie ovoïde, sans changement de couleur à la peau, sans limitation périphérique bien nette, de consistance graisseuse, à la fois molle et rénitente, non susceptible de garder l'empreinte du doigt, tels sont les caractères que donnent la vue et le toucher. C'est à ces signes objectifs que se réduit la symptomatologie du

(1) Verneuil. Gaz. hebd., 21 nov. 1879.

pseudo-lipome. Les signes fonctionnels sont négatifs. Il n'y a pas de gêne des mouvements, pas de douleurs spontanées ni provoquées. S'il est fréquent de voir les parties envahies ou les régions voisines être le siège de névralgies, ces phénomènes douloureux ne sont pas la conséquence du pseudo-lipome. Ce sont des manifestations parallèles de la même diathèse, souvent primitives et préexistantes, et s'il existe un rapport de causalité entre ces deux ordres de faits, c'est aux névralgies que nous sommes tenté d'attribuer l'influence causale.

Ajoutons que le pseudo-lipome est une affection le plus souvent symétrique, avec prédominance dans l'un des côtés. Dans les quatre observations de M. Verneuil, trois fois les deux régions sus-claviculaires étaient prises. En consultant les faits relatés à la fin de ce travail, on verra que la symétrie est la règle.

## MARCHE. — DURÉE. — TERMINAISON.

« Je ne sais rien, disait M. Verneuil, sur les causes et « les origines du mal, et peu de choses sur sa marche et « sa terminaison. » La même incertitude règne encore, et bien des points obscurs ne sont pas élucidés. La raison en est simple à donner.

Le pseudo-lipome est une affection bénigne, provoquant tout au plus un tourment moral chez certains individus prédisposés à l'hypochondrie, et ne réclame pas l'admission dans un service hospitalier des personnes qui en sont atteintes. A l'hôpital, on ne le constate que

chez un petit nombre de malades, qui sont entrés pour d'autres accidents, et qui sortent lorsque ces accidents ont disparu. On ne peut donc l'étudier que pendant un temps relativement court et à la période d'état. On n'assiste pas à l'évolution complète de l'affection, et on se trouve obligé de s'en rapporter, pour le reste, aux renseignements fournis par le malade, renseignements souvent dénués de toute précision. C'est la clientèle de la ville qui est le véritable terrain d'étude de l'affection qui nous occupe. Mais à la ville, les observations médicales ne sont pas souvent recueillies, encore moins publiées. Ajoutons que les observations prises à l'hôpital même font presque entièrement défaut à ce sujet.

L'éclosion du pseudo-lipome est une des phases de la maladie à laquelle le médecin n'assiste jamais. Quant aux malades, dans la plupart des cas, c'est quand la tumeur a déjà pris un certain développement qu'ils s'en aperçoivent, souvent d'une manière toute fortuite (obs. V). Dans trois de nos observations (obs. I, II, III), le pseudo-lipome a paru débuter assez brusquement.

A la période d'état, certaines de ces tumeurs présentent des phénomènes tout particuliers et très intéressants consistant en des variations de volume de leur masse, parfois considérables et d'une rapidité extrême. La malade qui fait l'objet de notre troisième observation nous en offre un bel exemple. Chez elle, les pseudo-tumeurs remontent à trois ans, et la grosseur de leur masse peut doubler du jour au lendemain. Parfois l'une d'elles prend un accroissement notable aux dépens de celle du

côté opposé, pour disparaître à son tour presque complètement.

M. Potain a vu un malade dont les pseudo-lipomes pouvaient prendre un tel volume, que le menton venait buter contre les énormes saillies latérales et que la tête se trouvait presque immobilisée.

La tuméfaction des creux sus-claviculaires, en même temps qu'elle devient plus saillante, peut encore déborder les limites ordinaires, gagner le devant de la poitrine et atteindre même la base du thorax ! Chez une vieille dame, observée par M. le professeur Potain, la tuméfaction était très manifeste à la région sus-claviculaire ; mais elle s'étendait parfois aux deux épaules et à la partie supérieure du thorax, occupant ainsi assez exactement la distribution du plexus cervical superficiel.

Ces variations de volume coïncident fréquemment avec des temps froids et humides, ou l'apparition de nouvelles poussées arthritiques.

Les phases successives d'augmentation et de régression ne sont pas toujours aussi rapides, ni aussi évidentes. Elles peuvent être assez lentes et assez faibles pour échapper à un examen superficiel.

Dans une dernière catégorie, enfin, les tumeurs sont absolument fixes et stationnaires. Les observations de M. Verneuil se rapportent à des faits de ce genre.

On est donc en droit d'admettre deux variétés de pseudo-lipome :

Le pseudo-lipome stationnaire ;

Le pseudo-lipome à volume variable.

Les faits sont trop peu nombreux pour qu'il soit pos-

sible d'établir le degré de fréquence relative de ces deux variétés. Il n'existe d'ailleurs aucun caractère différentiel entre les formes fixes et les formes mobiles, si ce n'est la mobilité même.

Le pseudo-lipome est une affection à marche chronique et de longue durée. Dans ce cas (obs. V) la tumeur était stationnaire depuis neuf ans ; chez la malade de M. Besnier (obs. III) le début remonte à trois années. Cette affection peut-elle persister indéfiniment? disparaît-elle au contraire à un moment donné d'une façon définitive? Peut-elle s'enkyster à la longue, et se transformer en lipome vrai, comme inclinent à l'admettre MM. Verneuil et L. H. Petit? Ces questions restent encore sans réponse.

## NATURE.

Les données anatomo-pathologiques, au sujet du pseudo-lipome font défaut. Cette affection est de celles dont on ne meurt pas. Il y a donc une difficulté réelle à se rendre compte des phénomènes intimes qui se passent au sein des tissus, des éléments anatomiques qui entrent en jeu, des lésions pathologiques enfin. En l'absence de résultats d'autopsie, il faut se contenter d'interroger la clinique. Les connaissances étiologiques, l'étude de la marche et de l'évolution, le groupement de certains faits, leur opposition avec d'autres, la recherche des analogies et des affinités morbides, peuvent nous conduire, par une série de transitions du connu à l'inconnu, à des déductions rationnelles et à des interprétations plausibles. Mais si la lésion contractée à l'amphithéâtre

est un fait tangible, positif, indéniable, une interprétation, si rationnelle qu'elle soit, est passible d'erreur et sujette à caution. Dans cette occurrence les conclusions sont entachées d'incertitude. Il n'y a place que pour des théories d'une probabilité plus ou moins grande, suivant qu'elles reposent sur un plus ou moins grand nombre d'observations bien faites.

Dans le premier travail paru à ce sujet, M. Verneuil s'était arrêté à cette idée qu'il ne s'agissait en somme que d'une accumulation circonscrite de tissu adipeux. Il n'avait eu que quatre faits sous les yeux, et s'était guidé sur les résultats fournis par la palpation et sur l'état absolument stationnaire des tumeurs.

M. le professeur Potain, en recueillant un plus grand nombre d'observations, mit en évidence des particularités, qui cadraient mal avec cette hypothèse. Nous voulons parler de ces variations rapides de volume, déjà étudiées au chapitre de la symptomatologie. Il répugne à l'esprit d'expliquer par des proliférations de cellules graisseuses ces accroissements rapides, ces tuméfactions subites envahissant toute la partie supérieure du thorax, aussi éphémères que les causes qui les produisent. Quant à expliquer la régression des tumeurs, c'est impossible. Il faut admettre un autre élément, un élément mobile, fluxionnaire. Quel est-il ?

Remarquons que les sujets porteurs de pseudo-lipomes sont arthritiques. Dans l'arthritisme la fréquence des poussées fluxionnaires est telle, qu'on a tenté d'en faire la caractéristique de la diathèse, et de remplacer le vieux

mot d'arthritisme par celui de diathèse congestive (1). Certaines de ces poussées fluxionnaires, qui se font du côté des téguments, sont manifestement de l'œdème, œdème spécial, ne reconnaissant pour cause que la diathèse rhumatismale elle-même, avec de nombreuses variétés aujourd'hui bien connues. Tantôt cet œdème se localise dans le derme et se présente avec des modalités cliniques diverses, sous forme d'urticaire, d'érythème noueux, de nodosités éphémères bien décrites par M. le Dr Féréol. Tantôt c'est le tissu cellulaire qui en est le siège. Ici encore les variétés sont nombreuses (2) : œdème aigu, œdème douloureux pouvant simuler un phlegmon véritable, œdème diffus, œdème circonscrit (Chauvet, Soc. méd. des hôpitaux, mars 1884), tantôt d'une mobilité extrême, tantôt d'une tenacité désespérante (Potain).

Supposons plusieurs de ces caractères réunis, admettons par la pensée un œdème à la fois circonscrit et chronique, localisons-le dans des régions spéciales. Ne retrouverons-nous pas alors la plupart des signes cliniques du pseudo-lipome ?

En résumé les variations de volume du pseudo-lipome nécessitent l'intervention d'un élément fluxionnaire. D'autre part le pseudo-lipome est un attribut de l'arthritisme. Or dans l'arthritisme on retrouve d'autres manifestations fluxionnaires, qui sont dues à de l'œdème. Il est rationnel de supposer dans le pseudo-lipome l'intervention d'un phénomène de même ordre (3).

(1) Dr Sénac. Limoges, 1882.

(2) Davaine. Th. Paris, 1879.

(3) M. Verneuil explique ces variations de volume, en admet-

Les rapports du pseudo-lipome et de l'œdème rhumatismal essentiel paraîtront plus étroits, si l'on constate la coexistence des deux affections chez le même sujet dans le même temps. Les exemples n'en sont pas rares. Sur vingt cas, M. Potain a trouvé huit fois cet œdème. Plusieurs de nos observations (obs. II, VII, VIII, IX) en offrent des exemples probants.

En entrant plus avant dans l'analyse des faits, les analogies naturelles de l'œdème rhumatismal et des tuméfactions sus-claviculaires s'imposent davantage à l'esprit. Nous allons voir que le pseudo-lipome, outre ses rapports de coexistence avec l'œdème, peut avoir avec lui des rapports de succession immédiate, de substitution même.

Chez le malade du Dr Chertier (obs. IX) la main droite s'œdématie ; l'œdème monte peu à peu le long du membre, il gagne enfin la région de l'épaule. C'est à ce moment qu'on constate la présence des tumeurs dans le triangle sus-claviculaire.

Chez la malade du Dr Féréol (obs. II) la succession des faits offre plus d'intérêt. Une attaque de rhumatisme éclate dans le bras droit. La main, l'avant-bras s'œdématient. Les douleurs gagnent l'épaule ; aussitôt toute la région correspondante du cou se tend, se gonfle, devient douloureuse. Cet œdème dure trois semaines, il disparaît graduellement, excepté dans la région sus-claviculaire

tant que le pseudo-lipome graisseux constitue par sa présence un lieu de résistance moindre, où les poussées œdémateuses, nées sous une influence quelconque, ont une tendance à se localiser. (Gaz. hebd., 1882, n° 48, p. 783.)

droite qui reste tuméfiée ; le pseudo-lipome vient d'apparaître. Ici il y a substitution immédiate, manifeste du pseudo-lipome à l'œdème ; ou plutôt non, il y a persistance de l'œdème même dans une région circonscrite. Le pseudo-lipome n'est qu'un reliquat œdémateux.

Il n'est pas jusqu'à la consistance même de la tumeur, qu'on ne puisse interpréter en faveur de notre thèse. Le pseudo-lipome est élastique, rénitent ; il ne conserve pas l'impression du doigt. C'est là aussi le fait de certains œdèmes rhumatismaux. Il est assez difficile d'ailleurs d'expliquer cette dureté toute spéciale par l'anatomie pathologique. M. Potain serait assez disposé à admettre, que ce qui différencie l'œdème dur de l'arthritisme de l'œdème mou des brightiques par exemple, c'est que dans certains cas le liquide est libre dans le tissu cellulaire, tandis que dans d'autres il reste renfermé dans les cellules ou dans les espaces interfibrillaires. En raison de la mobilité du symptôme, on ne peut admettre en effet que le liquide soit coagulé (1). Quoi qu'il en soit de l'explication, le fait existe. Il établit un nouveau point de transition entre l'œdème arthritique et le pseudo-lipome.

Peut-être la difficulté de produire un godet œdémateux à la surface du pseudo-lipome résulte-t-elle dans une certaine mesure du défaut de résistance des parties sous-jacentes. Dans un cas, M. Potain a pu déterminer un godet persistant, en déprimant la peau qui recouvrait le

(1) Clin. de Potain. Journ. de méd. et de chir. prat., 1881, p. 486.

plan osseux de la clavicule, alors que la pression du doigt sur la tumeur elle-même restait sans effet.

Chez une autre malade, M. Potain eut l'idée de faire une application de courants continus. Les tuméfactions sus-claviculaires disparurent, pour ainsi dire, à vue d'œil (communication orale). Ce dernier fait est probant, il a l'autorité d'un fait d'expérience.

Pour toutes ces raisons, malgré l'absence de sanction anatomo-pathologique, nous nous croyons en droit de conclure à la nature œdémateuse du pseudo-lipome. Cette théorie repose sur un nombre suffisant de preuves, qui se prêtent un mutuel appui, et dont l'ensemble acquiert une réelle valeur démonstrative.

On ne manquera pas de nous opposer une de nos observations (obs. IX), et d'en tirer une objection très forte en apparence. Une femme, atteinte de pseudo-lipomes, vient à mourir à la suite d'une maladie intercurrente. Les tumeurs sont disséquées. Ici, par exception, les constatations anatomiques, dont nous regrettions l'absence, ont été faites; elles nous donnent tort. A l'examen direct on n'a trouvé qu'un amas de tissu adipeux parfaitement normal.

Nous ne croyons pas que cette autopsie suffise à elle seule à infirmer définitivement notre hypothèse. L'observation relate une circonstance sur laquelle nous attirons l'attention : après la mort les tumeurs se sont affaissées. D'un côté il y a eu diminution notable, de l'autre disparition complète ; à la place de la bosselure il existait une dépression ! Sans doute cet affaissement peut s'expliquer jusqu'à un certain point par la perte de tonicité des tissus

consécutive à la mort. Mais combien l'explication en est plus facile, si l'on admet l'existence pendant la vie d'un liquide séreux qui infiltrait les tumeurs, et qui, après la mort, les a abandonnées mécaniquement, par un phénomène d'hypostase, pour gagner les parties déclives, sollicité par la pesanteur. Dans cette hypothèse, il est clair que l'autopsie n'a pu démontrer la présence d'une sérosité disparue. Le seul fait positif qui en ressorte, c'est la prolifération locale du tissu adipeux.

Il est bien probable, en effet, que, quand le pseudo-lipome a vieilli, la prolifération du tissu cellulaire graisseux y tienne une place notable. Quelle en est la raison? Faut-il voir là un phénomène parallèle, provoqué par ce même travail fluxionnaire d'où l'œdème est résulté? Ou bien les cellules trouvent-elles des conditions de nutrition plus active au milieu du liquide qui les baigne? Toutes ces explications sont absolument hypothétiques.

Il n'est pas démontré enfin que certains pseudo-lipomes stationnaires, ne puissent être primitivement et exclusivement constitués par du tissu adipeux, comme le veut M. le professeur Verneuil.

## PATHOGÉNIE.

Ce chapitre n'est qu'un essai. Nous ne l'avons entrepris que sur les conseils de M. le Dr Mafhieu, ancien chef de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu, et sans nous en dissimuler les difficultés multiples. Les données anatomiques font défaut, la nature œdémateuse du pseudo-lipome n'est pas absolument certaine, plusieurs phases

de l'évolution de la maladie sont peu connues, le nombre des observations que nous avons pu réunir est restreint. Ce sont là des conditions défavorables pour aborder un sujet aussi ardu que l'est celui de la pathogénie en général. Aussi ne prétendons-nous pas fixer un point de la science, mais simplement mettre en lumière quelques faits, sans en tirer de conclusions prématurées.

Les œdèmes essentiels de l'arthritisme sont très probablement d'ordre névropathique. « Ces œdèmes fugaces, « dit M. Rendu (1), qui rappellent vers la peau ce qui « se passe au niveau des jointures envahies, sont fort « difficiles à expliquer; mais on s'accorde à y voir l'ex-« pression d'un phénomène nerveux, tantôt provoqué « par une modification centrale de la moelle (lorsque la « fluxion se montre symétriquement en deux points si-« milaires), tantôt dû à une action nerveuse locale et à « des troubles vaso-moteurs. »

Dans l'intéressante étude sur les œdèmes névropathiques, qu'il a fait paraître dans les Archives générales de médecine avec la collaboration de M. Julien Weill (2), M. le Dr Mathieu se range aussi à cette opinion. Il montre l'œdème névropathique survenant à la suite des lésions des nerfs périphériques, du cerveau, de la moelle, et dans les névroses. L'analogie dans le mode d'apparition et dans les caractères cliniques de l'œdème dans ces diverses conditions indique sûrement la mise en œuvre d'un même mécanisme physiologique dans des cas

(1) Dict. encyclop. Art. Goutte, p. 126.

(2) Nos de juin et d'août 1885.

en apparence très différents les uns des autres. En rencontrant cet œdème avec la même apparence en dehors de toute lésion affirmée par l'anatomie pathologique, en même temps que des manifestations nerveuses ou vasomotrices, on est amené à étendre beaucoup le domaine des œdèmes névropathiques, et à y faire rentrer notamment l'œdème rhumatismal qui se présente avec des qualités analogues.

Si le pseudo-lipome est un œdème arthritique, on doit lui attribuer la même pathogénie nerveuse. Voyons s'il est possible de tirer de nos observations quelques arguments à l'appui de cette manière de voir.

La plupart des sujets porteurs de pseudo-lipome présentent une excitation morbide du système nerveux, qui se traduit par des manifestations plus ou moins accusées : excitabilité vague, hypochondrie, hystérie même. La constance de cet état général névropathique dans les antécédents de ces malades dénote un rapport de causalité quelconque avec l'apparition du pseudo-lipome.

Plus d'une fois, dit M. Potain, la maladie a été précédée par des émotions ou des chagrins. Pour expliquer l'influence d'une émotion, phénomène d'ordre psychique, sur la détermination du pseudo-lipome, fait matériel, il faut nécessairement invoquer l'intervention du système nerveux.

Dans deux de nos observations (obs. IV, VIII), le pseudo-lipome semble bien être survenu à la suite d'un traumatisme, chute sur l'épaule dans un cas, dans l'autre entorse grave de l'articulation scapulo-humérale. Il est permis d'y voir une action nerveuse, vaso-motrice

réflexe. M. le Dr Mougeot (Th. de Paris) a démontré que l'œdème pouvait apparaître après des contusions ou des plaies des nerfs.

Le pseudo-lipome a été précédé dans plusieurs cas de névralgies. Cette relation du pseudo-lipome avec la douleur mérite d'être tout particulièrement notée. Il y a relation de temps et relation de lieu. Lorsque les tuméfactions lipomateuses sont symétriques, il y a prédominance de volume du côté douloureux. La malade de M. Verneuil (obs. V) est prise de douleurs dans la région de l'épaule à la suite d'un surmenage. Ces douleurs persistent, deviennent plus intenses quelques années ensuite, et le pseudo-lipome apparaît dans la région sus-claviculaire. Dans un autre cas (obs. III) la tumeur survient après une crise douloureuse. Dans l'observation VIII nous voyons des poussées fluxionnaires se faire dans les régions sus-claviculaires et coïncider avec des névralgies temporales excessives. Chez la malade du Dr Mathieu (obs. I) les tuméfactions siègent à la face interne des genoux, au niveau des trochanters et au creux épigastrique. Or ici il y a sciatique double, et la pression de l'épigastre est douloureuse.

Le rôle du système nerveux se manifeste donc nettement, tantôt par des troubles généraux, tantôt sous forme de névralgies locales. Voyons s'il n'est pas possible de remonter à une origine centrale au moins pour certains cas, et d'incriminer l'intervention de la moelle même. L'analyse de l'observation I nous fournira quelques arguments dans ce sens.

Nous rencontrons tout d'abord chez cette femme un

complexus rhumatoïde très net et tout particulier. Sous l'influence d'une fatigue exagérée, les jointures des membres inférieurs deviennent douloureuses, les sciatiques des deux côtés sont le siège de névralgies, il existe des points douloureux à la plante des pieds. C'est un type de ce rhumatisme de surmenage bien étudié par M. le Dr Mathieu (1). « L'étude de ce syndrome rhumatoïde « permet d'invoquer l'intervention de la moelle, surtout « parce que les phénomènes constatés se trouvent groupés exactement de la même façon qu'ils le sont, lorsqu'il s'agit de lésions organiques de l'axe médullaire. « La valeur séméiologique de la sciatique double est, « en effet, bien déterminée, et l'on s'accorde pour re- « connaître que souvent elle indique l'existence d'une lé- « sion de la moelle qui porte surtout sur la partie infé- « rieure de son segment dorso-lombaire. » (Mathieu.) En outre chez la femme qui fait l'objet de l'observation I, la pression était douloureuse au niveau des vertèbres lombaires, et il y a eu une ébauche de ces crises gastriques qu'on retrouve dans l'ataxie locomotrice et qui sont un phénomène d'origine médullaire. C'est au milieu de ce complexus rhumatoïde que les pseudo-lipomes font leur apparition. Il y a lieu d'invoquer au même titre pour eux la même intervention médullaire. « Le surme- « nage portant sur les membres inférieurs, la sciatique « double, la symétrie des masses pseudo-lipomateuses, « les manifestations gastriques nous permettent d'invo- « quer pour cet ensemble une origine centrale, névro-

(1) Arch. gén. de méd., juillet 1884.

« pathique, myélopathique... Il ressort de l'étude de « cette observation, de sa comparaison avec d'autres, « de sa mise en place dans le cadre nosologique, que le « pseudo-lipome est d'origine névropathique. C'est là « une démonstration indirecte qui vient à l'appui des « arguments qu'on a fait valoir dans le même sens. » (Mathieu.)

Nous avons consacré au commencement de ce travail un chapitre à une espèce de pseudo-lipome appartenant au myxœdème, Or le myxœdème a très probablement une origine centrale. Morvan (1) considère le myxœdème comme un œdème neuroparalytique, conséquence d'une névrose du système nerveux central.

Dans une discussion qui a eu lieu à la Société clinique de Londres en 1881 (2) le D[r] Cafavy a émis l'opinion que l'œdème et les symptômes nerveux étaient dus également à une cause commune, résidant dans le système nerveux central. Il appuie cette opinion sur la lenteur du pouls et l'abaissement de la température qu'il a rencontrés chez ses deux malades, et sur des crises aiguës de dyspepsie qui ressemblaient un peu aux crises gastriques de l'ataxie.

Hamilton (3) fait dépendre le myxœdème d'une lésion primitive du bulbe avec altérations secondaires des cordons médullaires et des ganglions du grand sympathique.

(1) Du myxœdème. Gaz. hebd., 1881.
(2) Voir th. de Gimié. Montpellier, 1883.
(3) The med. Record, 9 déc. 1882.

Enfin Emile von Stoffela (1) a décrit chez un ataxique des tuméfactions sus-claviculaires. L'insuffisance de sa description clinique nous laisse dans l'incertitude en ce qui concerne la nature véritable de ces tumeurs. Le fait n'en est pas moins intéressant à rapporter.

## DIAGNOSTIC.

C'est avec le lipome vrai qu'on peut le plus aisément confondre le pseudo-lipome sus-claviculaire. Étudions les différents signes qui permettent de poser le diagnostic entre ces deux affections.

Les antécédents ne peuvent fournir que des présomptions. L'arthritisme est une diathèse trop répandue pour constituer un bon élément de diagnose. La constatation des quatre autres facteurs étiologiques, à savoir le sexe féminin, l'âge de la ménopause, la polysarcie et un certain degré d'excitabilité vague du système nerveux, augmentera la valeur de ces présomptions.

L'importance du siège de la lésion est plus grande. Le triangle sus-claviculaire est le lieu de prédilection du pseudo-lipome, tandis que le lipome vrai y est relativement rare. On en a cependant rapporté des exemples, et d'autre part nous avons vu que le pseudo-lipome pouvait exister en d'autres points de l'économie.

Les signes tirés de l'examen direct de la tumeur par la palpation doivent être pris en sérieuse considération. Tandis que le pseudo-lipome a des contours indécis, dif-

(1) Stoffela. Wiener med. Zeit., 1878, col. 380 et suiv.

ficiles à limiter par le toucher et la vue, sans traces de lobulation, le lipome véritable est une tumeur enkystée qu'il est aisé d'isoler des tissus voisins, d'une consistance un peu plus ferme et d'un aspect lobulé. Dans le lipome diffus, toutefois, ces caractères font défaut.

M. Verneuil a indiqué un autre signe : dans le pseudo-lipome on pourrait moins facilement soulever en pli la peau sus-jacente.

La symétrie appartient en propre au pseudo-lipome. Les variations de volume sont caractéristiques. Le lipome vrai peut bien s'accroître par soubresauts brusques, mais il ne régresse jamais. Ces deux caractères diagnostiques sont excellents, quand on les rencontre. Néanmoins, ici encore, il y a quelques restrictions à faire. On a signalé plusieurs exemples de lipomes diffus multiples, avec une certaine symétrie dans la disposition, qui présenteraient même des variations éphémères dans leur masse (1). Si l'on se trouvait en présence d'un de ces cas, le diagnostic pourrait être très embarrassant.

La coexistence en divers points de l'économie d'œdèmes rhumatismaux fugaces, ou de névralgies affectant des rapports de temps ou de lieu avec les tuméfactions pseudo-lipomateuses, mettra sur la voie du diagnostic.

En résumé, le pseudo-lipome n'a pas de signe pathognomonique. C'est dans la réunion d'un plus ou moins grand nombre des signes que nous venons d'énumérer,

(1) Com. de MM. Baker et Bowiby à la Soc. roy. de méd. et de chir. de Londres, séance du 27 oct. 1885. Voir Sem. médic., 11 nov. 1885, p. 384.

qu'on trouvera les éléments d'un diagnostic, en général facile. Quand on constatera chez une femme de 40 ans ou plus, rhumatisante, polysarcique et nerveuse, des tuméfactions symétriques de cousistance graisseuse et de volume variable dans les creux sus-claviculaires, on pourra affirmer le pseudo-lipome.

M. Verneuil a décrit, dans la région sus-claviculaire, une curieuse affection à laquelle il a donné le nom d'*adénopathie sous-trapézienne* (1). Cette affection est assez facile à reconnaître. Elle atteint de préférence des jeunes filles de 15 à 20 ans appartenant à la classe aisée. Elle est caractérisée par une tumeur localisée à la partie postérieure du triangle sus-claviculaire, d'une consistance ni molle, ni dure, paraissant faire corps avec le bord du trapèze, dont elle est comme coiffée. Cette tumeur n'est pas symétrique. Elle peut apparaître sous l'influence du froid.

La tuméfaction des creux sus-claviculaires peut être due encore à l'expansion des sommets pulmonaires atteints d'emphysème. Cette cause d'erreur a été signalée par M. le professeur Verneuil dans une courte observation, où il donne en même temps les signes diagnostiques. On nous permettra de la rapporter. « Cette observation « est simplement un souvenir. Il s'agissait d'une dame « âgée d'une cinquantaine d'années, de haute taille et « très fortement constituée. Je crus d'abord que la saillie « des régions sus-claviculaires était due à une proémi- « nence des sommets pulmonaires, car la malade était

(1) Gaz. hebd., 22 déc. 1882.

« atteinte d'emphysème à un très haut degré ; mais la « tumeur n'était ni molle, ni réductible, ni influencée en « aucune façon par les mouvements respiratoires, et « l'auscultation n'y faisait entendre aucun bruit. »

Ajoutons que M. Potain a constaté que la saillie un peu exagérée des régions sus-claviculaires est chose relativement fréquente chez les sujets un peu obèses, où elle est en quelque sorte normale.

### PRONOSTIC.

Le pronostic est aussi favorable que possible. Non seulement le pseudo-lipome n'entraîne pas la mort du malade, mais encore il n'influe en rien sur la santé générale. Dans un cas rapporté par M. Potain (1), la tuméfaction sus-claviculaire plongeait vraisemblablement dans la poitrine, amenant une infiltration du tissu cellulaire du médiastin, et consécutivement même la gêne de la respiration. C'est le seul exemple que nous ayons trouvé, d'une complication imputable au pseudo-lipome. Elle a été peu sérieuse. En somme, le pseudo-lipome n'a d'autre pronostic que celui de la diathèse dont il est le reflet.

### TRAITEMENT.

Nous avons peu de choses à dire du traitement. D'abord le pseudo-lipome est une affection essentiellement bénigne qui ne réclame pas une intervention active. Jamais

(1) Journ. de méd. et de chir. à l'usage du méd. prat. Année 1881, p. 486.

malade n'aura à souffrir d'une expectation, même aussi peu armée que possible. Ensuite les tentatives thérapeutiques ne sont guère couronnées de succès, si l'on s'en rapporte aux observations.

Les applications locales de topiques divers ne servent qu'à irriter les téguments. Les courants continus pourront être essayés (Potain).

Le traitement général devra s'adresser à la diathèse arthritique, que l'on combattra par les alcalins, l'arséniate de soude, les eaux minérales, etc. Il ne faut pas espérer en retirer un grand bénéfice.

Le traitement chirurgical sera rejeté d'une façon absolue. D'un côté, en effet, l'œdème pseudo-lipomateux n'est guère justiciable du bistouri ou du thermocautère. Il ne gêne pas les malades, sa gravité est nulle. D'autre part, la région sus-claviculaire offre trop de dangers au chirurgien, pour qu'il n'y regarde pas à deux fois avant d'opérer. Ce n'est que dans le cas où le pseudo-lipome se serait transformé à la longue en un lipome vrai, bien circonscrit et trop volumineux, qu'il y aurait peut-être lieu d'intervenir. Cette hypothèse n'est pas encore prouvée. En somme : proscription sévère de toute intervention sanglante; c'est peut-être là le point capital de la thérapeutique du pseudo-lipome. Il consiste, comme on voit, dans une négation.

---

# OBSERVATIONS.

## Observation I.

Recueillie dans le service du professeur G. Sée, à l'Hôtel-Dieu, par M. le Dr Mathieu, chef de clinique. Publiée dans les Archives générales de médecine, novembre 1885.)

*Œdème rhumatismal* (pseudo-lipome) *symétrique des membres inférieurs. Sciatique double.*

La nommée V. R..., âgée de 52 ans, journalière, entre le 28 juillet 1885, salle Sainte-Jeanne, lit n° 27, à l'Hôtel-Dieu, dans le service du professeur G. Sée, suppléé alors par M. Hanot.

Cette malade réclame son admission à l'hôpital pour des douleurs dans les membres inférieurs, qui s'accompagnent de grosseurs cutanées disséminées dans la même région. Elle se déclare dans l'impossibilité de marcher, à cause de l'intensité de ces douleurs.

Depuis plusieurs semaines, elle s'est trouvée dans la nécessité de marcher beaucoup, et de se tenir longtemps debout. Elle a dû s'imposer un surcroît de fatigue. Elle n'était pas habituée à cette marche prolongée ; elle avait pris récemment en effet la profession de marchande des quatre saisons, et s'en allait par les rues poussant sa voiture et criant sa marchandise. Auparavant elle était journalière et faisait des ménages.

Elle a commencé à souffrir dans le pied gauche, puis dans le genou du même côté. Le pied droit s'est pris un peu plus tard et d'une façon moins accentuée. Vers la même époque, il y a quinze jours à trois semaines d'ici environ, elle s'est aperçue de l'appa-

rition de masses assez volumineuses au niveau des genoux et des hanches. C'est dans ces conditions qu'elle entre à l'hôpital.

Elle est habituellement d'une bonne santé ; elle n'a jamais eu de rhumatismes, jamais de phénomènes particuliers du côté de la peau, pas d'antécédents syphilitiques.

Il y a un an, elle aurait présenté exactement les mêmes symptômes qu'elle présente actuellement, et serait entrée à l'hôpital pour en sortir complètement guérie au bout d'un mois. Cette fois encore c'était à la suite d'une fatigue exagérée, de surmenage, que ces phénomènes se seraient produits.

*Etat actuel.* — A l'examen de la malade, on trouve les membres inférieurs déformés par des masses cutanées saillantes ; ces masses sont de volume différent. Elles sont constituées par des saillies allongées, de 10 cm. sur 5 à 6 en moyenne, et d'un relief d'environ 3 à 4 cm. à leur centre. Toutes sont arrondies, plus ou moins oblongues, à grand axe transversal. Les bords ne sont pas nettement arrêtés ; ils se continuent progressivement, insensiblement avec la peau du voisinage. A leur surface le tégument cutané ne présente pas de changement de coloration. Leur consistance est élastique, lipomateuse, sans lobulation. La pression digitale ne produit pas de godet œdémateux. Ces masses sont un peu sensibles, mais non douloureuses.

Ces saillies sont distribuées sur les membres inférieurs d'une façon assez régulière, symétrique. Elles sont toutefois un peu plus développées à gauche qu'à droite.

Au niveau de la face interne du genou gauche, on trouve deux de ces masses presque accolées. La cuisse est très grosse dans toute son étendue. A sa partie supérieure et externe on retrouve une masse très volumineuse, qui embrasse toute cette région et déborde la crête iliaque.

Du côté droit il existe aussi une double saillie à la face interne du genou ; la cuisse paraît augmentée de volume ; à sa partie supérieure et externe on retrouve une masse semblable à celle qu'on rencontre du côté gauche. Ces saillies sont un peu moins volumineuses que de ce côté.

Rien d'analogue aux jambes. Les membres supérieurs sont absolument indemnes.

Au creux épigastrique siège une masse de même nature, volumineuse, qui déborde de chaque côté vers les hypochondres.

Les mouvements du genou et de la hanche sont douloureux; cependant au genou il n'existe pas d'épanchement appréciable dans la synoviale.

Au pied on trouve des points douloureux fixes. Ainsi la pression au niveau du talon est très douloureuse ; il en est de même à l'extrémité antérieure du premier espace intermétatarsien. La plante du pied est du reste sensible dans son étendue ; mais il existe aux endroits qui viennent d'être mentionnés de véritables maxima douloureux.

Il y a un peu de gonflement aux malléoles et il existe de la douleur au niveau des ligaments latéraux, surtout du ligament latéral externe, et en arrière des malléoles, sur le trajet des tendons. Tout cela se trouve également à gauche et à droite, mais d'une façon beaucoup plus accentuée à gauche.

Dans l'exploration de la cuisse on provoque une douleur très vive par la pression sur le trajet du sciatique des deux côtés. Un point maximum existe à l'émergence du nerf; c'est le point classique situé à égale distance du grand trochanter et de l'ischion. Cette douleur se poursuit jusqu'à l'angle supérieur du creux poplité ; au-dessous on ne trouve pas les points habituels de la névralgie sciatique. Il s'agit cependant bien, sur tout le trajet du nerf, d'une douleur qui a sans doute pour siège le tronc nerveux lui-même. En effet, dans cette région la peau n'est pas sensible à la pression ; on peut la pincer assez fortement en la soulevant, sans provoquer la douleur intense qu'on détermine par la pression profonde sur le trajet du sciatique.

On détermine aussi de la douleur à la pression sur les parties latérales des vertèbres lombaires ; la malade éprouve spontanément dans cette région des élancements pénibles. Elle accuse encore des douleurs en ceinture.

On ne constate pas de troubles de la sensibilité, pas d'anesthésie, pas d'hyperesthésie cutanées.

La marche est presque impossible à cause des douleurs qu'elle détermine. L'état général ne présente rien de particulier à signaler. Rien au cœur, rien aux poumons. Les urines ne renferment ni sucre, ni albumine ; pas d'élévation de la température.

Il n'y a pas de troubles gastro-intestinaux. Cependant la pression est douloureuse au creux épigastrique.

Comme traitement : le repos au lit ; salicylate de soude, 4 grammes.

4 août. Les douleurs sont moins vives. Les masses pseudo-lipomateuses des genoux et des hanches paraissent avoir diminué. L'épigastre toujours douloureux présente le même bourrelet dur et résistant. Persistance des points douloureux de la plante des pieds. La douleur est un peu moins vive sur le trajet des sciatiques. Suppression du salicylate.

20 août. Il y a quelques jours, il est survenu une crise douloureuse à l'épigastre, suivie de vomissements bilieux, qui ont duré pendant toute une matinée. Les jours suivants la douleur à la pression reste plus vive au niveau du creux épigastrique. Il ne s'agit pas seulement d'une hyperesthésie cutanée due à la masse œdémateuse qui existe dans cette région, puisque cette douleur est exactement limitée à l'épigastre, et qu'elle ne s'étend pas à toute la région occupée par la masse pseudo-lipomateuse. La malade accuse aussi depuis quelques jours une sensation plus vive de constriction en ceinture.

Les masses volumineuses des membres inférieurs ont sensiblement diminué. Celles des parois abdominales ont au contraire notablement augmenté. A distance, l'abdomen paraît saillant, volumineux; il semble qu'il soit distendu par de l'ascite ou du tympanisme ; il n'en est rien : cette augmentation de volume est de cause extérieure, d'origine cutanée. La peau de l'abdomen est augmentée d'épaisseur dans presque toute son étendue. Elle forme une sorte de coussin dont la partie la plus saillante se trouve au-dessus de l'ombilic. On peut saisir cette

masse à pleine main, et constater nettement que le gonflement apparent de l'abdomen est dû simplement à l'accroissement de la masse œdémateuse qui occupait primitivement la région épigastrique. Cette masse s'est étalée en bas et en dehors, de sorte qu'elle touche presque les masses latérales situées sur les hanches, qui débordent un peu en haut la saillie des crêtes iliaques.

La sciatique, les douleurs des genoux et des pieds étaient beaucoup moins vives, de telle sorte que la marche était assez facile.

La malade a été perdue de vue dans les derniers jours du mois d'août.

### OBSERVATION II (personnelle).

Recueillie dans le service de M. le Dr Féréol.

La nommée L... Marie, ménagère, âgée de 40 ans, entre le 8 septembre 1886 dans le service de M. le Dr Féréol, salle St-Basile, lit n° 5, pour des douleurs articulaires.

Pas d'antécédents héréditaires. Femme très grasse. Pas de migraines. Menstruation régulière. Digestions assez difficiles : après les repas elle éprouve à la région épigastrique une sensation de plénitude et de gonflement qui la force à desserrer ses vêtements. Légèrement nerveuse et hypochondriaque, elle pleure facilement sans motif. Vers l'âge de 30 ans surtout elle a été sujette à des idées noires, bien que sa situation matérielle et morale fût satisfaisante.

Il y a un an, première attaque de rhumatisme subaigu dans les articulations des membres inférieurs. Les pieds sont très gonflés ; les genoux se prennent à leur tour. Peu de fièvre. Les douleurs persistent environ trois mois.

Le 18 août de cette année, nouvelle attaque dans le membre supérieur droit. La main enfle subitement dans la nuit. Toutes les articulations des doigts sont douloureuses. L'avant-bras est doublé de volume du fait de l'œdème. Quatre jours après le coude est pris. La malade, ne pouvant plus travailler, entre à l'hôpital le 8 septembre.

Le rhumatisme gagne l'article de l'épaule. En même temps la malade s'aperçoit que toute la région correspondante du cou devient douloureuse et augmente de volume. Cet œdème apparaît brusquement, dure trois semaines et disparaît graduellement, excepté toutefois au niveau de la région sus-claviculaire droite où une tuméfaction un peu douloureuse a persisté.

*État actuel.* — Douleurs vagues dans les genoux qui n'empêchent pas la malade de marcher. Le bras droit n'est plus douloureux; mais la main est impotente. Les doigts ne se fléchissent plus d'eux-mêmes. Les mouvements provoqués sont pénibles et causent de la douleur. Craquements articulaires.

Rien au cœur. Pas d'albumine dans les urines.

Le creux sus-claviculaire droit a disparu. Il est remplacé par une tumeur ovoïde, à grand diamètre dirigé d'avant en arrière (six centimètres sur trois), faisant un relief de un centimètre environ sur les parties voisines. Il est malaisé d'en déterminer nettement le contour par la vue ou le toucher. La peau est adhérente dans une faible étendue, sans changement de coloration. La tumeur est molle, rénitente, donnant à la palpation la même sensation qu'un lipome diffus. On ne sent pas de lobulation. Un peu de sensibilité à la pression exercée de haut en bas. On ne détermine pas de godet œdémateux.

La fosse sus-claviculaire gauche est empâtée, convexe plutôt que concave, mais ne présente pas de relief notable.

La malade n'a pas remarqué que sa tumeur fut sujette à des variations de volume.

### Observation III (personnelle).

Recueillie dans le service de M. le Dr Besnier.

Madame B..., couturière, âgée de 48 ans, entre le 17 novembre 1885 dans le service de M. le Dr Besnier, à l'hôpital St-Louis, salle Gibert, lit n° 9, pour un eczéma corné des mains et des pieds.

Réglée à treize ans. L'établissement des règles a été très facile. Jamais de troubles dans la menstruation.

Madame B..., assez petite, et d'un embonpoint considérable, a été sujette à de fortes et fréquentes migraines jusqu'à la ménopause qui date de trois ans. Depuis cette époque, digestions un peu pénibles à la suite des repas du soir.

Nerveuse au dire de son médecin, elle pleure quelquefois sans motif. Pas d'hypochondrie; jamais d'attaque de nerfs; mais sa fille, d'un caractère irritable, a des crises fréquentes avec lipothymies et sensation de boule remontant le long de l'œsophage.

Troubles de sécrétions aux mains et surtout aux pieds. En été, sueurs profuses; sensation continuelle de froid aux extrémités en hiver.

Il y a douze ans, faibles douleurs dans le genou gauche, qui ne durent qu'un jour. La malade peut marcher en s'aidant d'un bâton.

Il y a trois ans, quelques mois après la ménopause, Mme B... s'aperçoit de la présence de deux nodosités, placées symétriquement aux deux bras, à la partie postérieure du coude, dans la région olécrânienne. L'une de ces petites tumeurs, celle de droite, est très dure, adhérente aux parties profondes, collée à l'os suivant l'expression de la malade, de la grosseur d'une noisette, allongée en fuseau, ne causant aucune douleur et aucune gêne des mouvements (1). Celle du bras gauche, également indolore, est un peu plus grosse, de consistance plus molle et paraît siéger dans le derme. Ces nodosités persistent sans changement pendant 5 ou 6 mois; puis un jour Mme B... est atteinte de douleurs dans les articulations des doigts de la main droite avec gonflement, et le lendemain est toute surprise de la disparition complète des deux nodosités. La main gauche se prend à son tour.

Cette attaque de rhumatisme subaigu dure six mois environ,

(1) S'il s'agit d'une variété chronique des nodosités rhumatismales fibreuses décrites par M. le Dr Troisier?

localisée aux mains. Les poignets et les coudes sont restés indemnes; mais la malade ressent de temps en temps des douleurs vagues dans l'épaule droite, douleurs éphémères, à forme névralgique avec irradiation, et, à la suite d'une de ces crises douloureuses dans l'épaule, elle voit apparaître rapidement dans le creux sus-claviculaire droit une grosseur qui atteint en quelques jours le volume d'un œuf de dinde. Au-dessus de la clavicule gauche il existe egalement une tuméfaction analogue, mais de volume moindre.

Depuis leur apparition les pseudo-lipomes n'ont jamais disparu complètement, mais ont présenté des variations continuelles dans leur masse, diminuant de moité un jour, et récupérant le lendemain leur grosseur primitive, sans que Mme B... puisse assigner la moindre cause à ces changements. Ils offrent aussi de grandes différences dans leur volume réciproque, prédominant tantôt d'un côté, tantôt de l'autre; cependant c'est la masse droite qui est en général la plus développée. Les pseudo-tumeurs ne causent d'ailleurs aucune gêne à Mme B... qui cesse d'y prêter attention.

Il y a treize mois enfin, apparitiom d'un eczéma corné aux pieds et aux mains, accompagné de démangeaisons vives. Mme B... se fait soigner chez elle, mais sans amélioration; désespérant de guérir, elle vient à Paris et se rend à la consultation de M. Besnier, qui la décide à entrer à l'hôpital.

*État actuel.* — 20 novembre. Le creux sus claviculaire est occupé par une tuméfaction allongée d'avant en arrière (10 cent. de long sur 4 cent. de large), fusiforme, présentant une légère courbure à convexité externe et se continuant par une sorte de bourrelet qui contoure la base du cou en avant et va rejoindre le pseudo-lipome du côté gauche. Cette tuméfaction a un relief de 3 cent. à son centre. Quant on palpe, on éprouve la sensation que donnerait une boule de graisse, un lipome diffus, non lobulé, sans contours bien arrêtés, se continuant insensiblément avec les tissus environnants. La peau, adhérente par sa partie

profonde, a une coloration normale. Aucune sensibilité à la pression.

Par une palpation plus profonde on sent au milieu de cet empâtement un noyau dur, rénitent, de consistance ganglionnaire, absolument indolore, de la grosseur d'une noix: Les contours en sont très nets.

Le creux sus-claviculaire est lui aussi rempli par une masse diffuse, étalée, mais sans saillie bien notable. Jamais, au dire de la malade, la tuméfaction de ce côté n'a été aussi peu prononcée qu'à l'examen actuel.

Le lendemain 21 novembre, la malade quitte l'hôpital sur sa demande.

### Observation IV (résumé).

(Verneuil. Mémoire sur le pseudo-lipome. *Gazette hebdomadaire* 21 novembre 1879.)

En 1875, M. le professeur Verneuil est consulté par la femme d'un banquier, qui dans une chute s'était donné une entorse grave de l'articulation scapulo-humérale gauche.

Malade brune, de petite taille, bien constituée, à formes arrondies, ayant dépassé la quarantaine. Bonne santé habituelle, mais névralgies fréquentes. Pendant la jeunesse, fortes migraines. Urines chargées d'acide urique.

*Traitement.* — Applications résolutives, repos à la chambre, immobilisation rigoureuse.

Une amélioration s'étant produite, on ôte le bandage contentif. Réapparition des douleurs. La pression est douloureuse en avant et en arrière de la jointure malade, dans le creux de l'aisselle et jusque dans le triangle sus-claviculaire qui est le siège d'une tuméfaction notable.

L'autre région sus-claviculaire présente une déformation siégeant au même lieu et offrant, moins la sensibilité au toucher, exactement les mêmes caractères.

La malade a parfaitement guéri; les deux pseudo-tumeurs ont persisté.

### Observation V.

(Verneuil, loc. cit.)

Mme V..., âgée de 57 ans, de taille moyenne, a pris depuis quinze ans beaucoup d'embonpoint, quoiqu'elle mène une vie très active et soit d'une grande sobriété. Elle consulta M. le professeur Verneuil, il y a trois années environ, pour une tumeur de la partie latérale droite du cou.

Elle avait souvenir d'avoir, en 1870, fait un effort violent en portant sur l'épaule de ce côté un lourd fardeau. Depuis cette époque, et à diverses reprises, elle avait senti dans cette région des douleurs modérées, s'irradiant parfois jusqu'à l'oreille, mais auxquelles elle prêta peu d'attention.

En 1876, les souffrances étant devenues plus intenses, Mme V... explora le point sensible et y découvrit une tumeur. M. Verneuil appelé vit les deux tiers internes du creux sus-claviculaire occupés par une saillie hémisphérique, proéminant de près de 2 cent. sur le niveau des parties voisines, à surface lisse, sans changement de couleur aux téguments, rappelant par sa consistance et son indolence un lipome, avec cette différence toutefois qu'elle était moins bien circonscrite à son pourtour, et qu'on pouvait moins facilement soulever en pli la peau sous-jacente.

M. Verneuil reconnaît le pseudo-lipome sus-claviculaire et découvre de l'autre côté du cou une tumeur exactement semblable par son siège et ses autres caractères, mais seulement un peu plus molle et d'un quart moins volumineuse.

*Traitement.* — Badigeonnage tous les deux jours avec la teinture d'iode. Arséniate de soude à l'intérieur.

Depuis ce moment les choses n'ont pas changé; les deux saillies sont toujours là, sans avoir subi de modifications appréciables. Suppression du traitement.

Les douleurs reviennent de temps à autre à la suite de fatigue ou aux changements de température; elles ne se sont jamais montrées dans la tumeur gauche.

Les antécédents, au point de vue de l'arthritisme, sont aussi complets que possible : dans l'enfance, ascite et anasarque a frigore ; incontinence nocturne d'urine ; prolapsus rectal ; apparition des règles à 11 ans ; suppression presque immédiate à la suite d'une frayeur ; retour à 17 ans, dysménorrhée très douloureuse, points ovariques fort pénibles ; hystérie prolongée, fièvre typhoïde, plus tard fièvres intermittentes. A 32 ans une vive contrariété provoque une chorée assez tenace, qui laisse à sa suite un affaiblissement musculaire de toute la moitié droite du corps. Vers 40 ans, attaques fréquentes de sciatique et de lumbago. En 1871, accès violent de colique néphrétique avec issue d'un petit calcul ; urines très communément chargées d'urates ; dyspepsie habituelle. Une entorse, contractée il y a plusieurs années, gêne encore actuellement la marche et la station.

### Observation VI.

(Verneuil, loc. cit. Extrait.)

M. X..., âgé de 33 ans, de haute taille, d'une santé excellente, remarquablement bien construit, gros mangeur et déjà muni d'un embonpoint considérable, vint trouver M. le Dr Verneuil pour une tumeur qui l'alarmait beaucoup. Il s'en était aperçu quelques mois auparavant par hasard, et n'en pouvait rapporter l'origine à aucune cause à lui connue.

L'affection siégeait exclusivement du côté gauche. Le triangle sus-claviculaire était le siège d'une saillie considérable, se confondant en arrière avec le bord supérieur du trapèze et atteignant presque, en avant, le bord postérieur de la clavicule. Son diamètre transversal, plus long que l'autre, mesurait bien près de 7 cent. Cette masse était plus ou moins saillante suivant les attitudes du bras.

On eût pensé qu'il existait là une tumeur solide et bien circonscrite, enfouie dans le pannicule adipeux, et cependant le toucher ne percevait rien de semblable ; il rencontrait seulement

une masse molle, rénitente, élastique, confondue avec la peau, se déplaçant avec elle dans une petite étendue, mais n'ayan t aucune adhérence avec les parties profondes.

La peau sus-jacente était rouge, et un point profond était douloureux, mais l'explication était facile à donner. Depuis plus de deux mois, le patient tourmentait le tégument avec du coton iodé, et, à chaque instant, cherchait à s'assurer des effets du traitement sur le mal.

M. X... était un type de ces constitutions athlétiques, vouées à l'arthritisme, et qu'on peut classer ainsi à l'avance, en l'absence même de toute manifestation encore bien évidente de la diathèse.

### Observation VII résumée.

(D[r] Millican de Kineton, *The Lancet*, 2 décembre 1882, cité par M. L.-H. Petit, *Gaz. hebd.*, 1883.)

Homme de 59 ans. Chute, une semaine auparavant. Depuis ce moment, le cou est très raide. Présence d'une tumeur élastique dans la région sus-claviculaire gauche. Depuis plusieurs années, cet homme a l'habitude de porter des sacs de blé sur cette épaule. Une tumeur semblable, mais moins grosse, existe du côté droit.

Le patient est d'une constitution nettement rhumatismale. Douleurs rhumatoïdes dans les membres et les jointures depuis plus de trente ans. Arthrite rhumatismale chronique des articulations métacarpo-phalangienne, et du genou gauche ; craquements articulaires.

La tumeur du côté gauche siège dans l'espace triangulaire formé par le sterno-mastoïdien, le trapèze et la clavicule. La oeau se meut librement sur elle, mais sans changement de couleur. La tumeur du côté droit est analogue, mais plus petite.

Œdème des deux jambes. L'urine a toujours de temps en temps déposé des sels. Densité 1016. Elle est pâle, limpide. Ni albumine, ni sucre.

### Observation VIII.

(Dr Rendu, art. Goutte, *Dict. encyclopédique.*)

« Nous suivons depuis quelques années, dit M. le Dr Rendu, « une dame de race arthritique (grand-père goutteux, mère « asthmatique, tante diabétique), qui présente des poussées « fluxionnaires vers la face et le cou; elle a souvent de ces gon- « flements subits du tissu cellulaire, soit au front, soit aux bras; « le plus souvent dans les régions sus-claviculaires, et ces acci- « dents coïncident avec un catarrhe nasal subit, ou avec des « névralgies temporales excessives. M. Potain, qui a eu l'occa- « sion de voir cette malade l'a considérée comme une gout- « teuse, et de fait le colchique, administré à petite dose, a sen- « siblement diminué les paroxysmes douloureux. »

### Observation IX résumée.

(Dr Chertier, *Gaz. hebd.*, 1883, p. 836.)

*Lipome sus-claviculaire bilatéral; polyadénite cervicale; œdèmes et névralgies divers; abcès ossifluent rétro-pharyngien. Mort subite.*

Mme V..., 77 ans, n'a jamais été malade. Pas d'antécédents héréditaires.

En janvier 1880, attaque de névralgie sciatique.

En janvier 1882, polyadénite de la partie latérale droite du cœur, avec suppuration consécutive.

Au mois de septembre, Mme V... est prise, pendant la nuit, d'un gonflement de toute la face avec cuisson et prurit. Au mois d'octobre, œdème de la main droite qui gagne peu à peu le bras jusqu'à l'épaule.

Le 20 octobre, le Dr Chertier ayant découvert le cou de Mme V..., toujours caché par un fichu, constate la présence de

trois tumeurs ayant les apparences du lipome : une de forme ovoïde, remplissant tout entier le triangle sus-claviculaire droit, une seconde sur le trapèze, remontant en haut et en arrière jusqu'au sillon cervical, plus grosse et plus large que la première. On sent la clavicule, mais on ne la voit pas ; au-dessous d'elle, on constate un empâtement de la peau, sans limites précises, et qui ne garde pas l'impression du doigt.

A gauche, tumeur analogue, mais plus volumineuse, dans le triangle sus-claviculaire.

Les angles et les bords de ces tumeurs sont mousses, aplatis, se perdant insensiblement sans que le doigt puisse les limiter.

En janvier 1883, les tumeurs du cou paraissent garder un volume constant, mais les œdèmes sont encore mobiles.

Le 7 avril au soir, la malade meurt subitement à la suite d'un abcès rétro-pharyngien.

L'autopsie du cou seul peut être pratiquée.

La tumeur sus-claviculaire gauche, qui était la plus volumi neuse, s'est affaissée et a laissé à sa place une dépression ; cependant on la sent encore à la palpation, on ne la dissèque pas.

Les deux tumeurs du côté droit sont sensibles à la vue, mais ont diminué de volume.

Le triangle sus-claviculaire droit est disséqué. La tumeur est sous l'aponévrose superficielle, à laquelle elle adhère par places. Elle s'enfonce sous le sterno-mastoïdien, le trapèze et la clavicule. Elle est en continuité partout avec le tissu adipeux périphérique.

Le pseudo-lipome postérieur est sus-aponévrotique et adhère au fascia superficialis.

Les deux tumeurs du côté droit sont envoyées à M. Verneuil, et examinées dans le laboratoire de M. Ranvier.

Les deux masses sont constituées par des lobules de graisse jaune, séparés les uns des autres par des lames très minces de tissu conjonctif.

A l'examen microscopique, les cellules adipeuses sont parfaitement normales.

## CONCLUSIONS.

Le tissu cellulaire sous-cutané de certains sujets arthritiques présente des tuméfactions particulières, auxquelles M. le professeur Verneuil a donné le nom de pseudo-lipome.

Les régions sus-claviculaires sont le siège habituel du pseudo-lipome. On le rencontre encore exceptionnellement en divers autres points de l'économie où un tissu lâche et habituellement graisseux semble plus susceptible de surcharge de graisse et de sérosité.

Parmi les manifestations de l'arthritisme, les formes vagues et mobiles du rhumatisme chronique prédisposent plus particulièrement à cette affection. Il existe en outre quatre facteurs étiologiques importants : le sexe féminin (80 p. 0/0), l'âge de la ménopause, un certain état d'embonpoint et une excitabilité grave du système nerveux, qui peut aller jusqu'à l'hystérie confirmée.

Le pseudo-lipome est caractérisé par une saillie de consistance graisseuse, à contours indécis, indolore, et sans changement de couleur à la peau. Cette affection est symétrique.

Le mode d'apparition paraît être brusque.

Cette affection est en général chronique et de longue durée.

Au point de vue de la marche, ou peut distinguer deux variétés :

Le pseudo-lipome stationnaire;

Le pseudo-lipome à volume variable.

Les terminaisons sont inconnues.

Le pseudo-lipome est vraisemblablement un œdème chronique essentiel, de nature arthritique. Quand il a vieilli, il est sans doute le siège d'une prolifération de tissu graisseux. Il n'est pas démontré que certains pseudo-lipomes, appartenant à la variété stationnaire, ne soient pas primitivement et exclusivement constitués par du tissu adipeux.

La pathogénie de cette affection montre qu'il s'agit là probablement d'un œdème névropathique. C'est un nouvel argument à l'appui de la nature œdémateuse du pseudo-lipome.

Le diagnostic avec le lipome vrai est en général facile. Il y a lieu de faire le diagnostic différentiel avec l'adénopathie sous-trapézienne, et le soulèvement des régions sus-claviculaires dû aux sommets pulmonaires atteints d'emphysème.

Le pronostic est absolument favorable.

Le traitement a peu d'importance et peu d'efficacité. On pourra essayer localement les courants continus. Le traitement général s'adressera à la diathèse arthritique. L'intervention chirurgicale doit être absolument rejetée.

Paris. — Typ. A. PARENT, A. DAVY, succr, imp. de la Faculté de médecine
52, rue Madame et rue Corneille, 3


IMPRIMERIE DE LA FACULTE DE MEDECINE